

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДАГЕСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра стоматологии

И.М. Расулов, М.М. Вагабов

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Методическое пособие для самостоятельной работы студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 Стоматология

Махачкала - 2016

И.М. Расулов, М.М. Вагабов

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

(Методическое пособие для самостоятельной работы студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 Стоматология)

Рекомендовано Ученым советом ДМСИ для использования в учебном процессе в ДМСИ.
Протокол № 5 от 28 12.2015г.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА

Удаление постоянных зубов производится по неотложным, санационным, протетическим и эстетическим показаниям.

По неотложным показаниям удаление зуба производят безотлагательно, так как отсрочка оперативного вмешательства может привести к прогрессированию воспалительного процесса и ухудшению общего состояния больного. К этой группе показаний относятся случаи, когда зуб является входными воротами инфекции при острой фазе одонтогенного остеомиелита, острого одонтогенного гайморита. Подлежат также удалению зубы, явившиеся источником инфекции при одонтогенном абсцессе и флегмоне, гнойном лимфадените, одонтогенном периостите.

Только иногда по функциональным и эстетическим показаниям могут сохраняться зубы при воспалительных процессах, когда удастся обеспечить полноценное дренирование инфекционного очага в челюсти консервативным путем. Подлежат обязательному удалению зубы, являющиеся источником хронической ротовой инфекции и интоксикации, приводящие к возникновению свищей.

По санационным показаниям удаление зубов и корней необходимо при следующих заболеваниях и состояниях:

- 1) хроническом периодонтите, в том числе обострившемся, в случаях безуспешного консервативного или хирургического лечения и значительного разрушения коронки зуба при невозможности его использования для изготовления штифтового зубного протеза;
- 2) острым и хроническом пульпите третьего моляра, в случаях значительного разрушения коронки или аномального расположения его;
- 3) затрудненном прорезывании третьего нижнего моляра;
- 4) ретинированных и дистопированных зубах, являющихся причиной одонталгий и источником воспалительных процессов;
- 5) болезнях пародонта в случаях подвижности зубов

III степени;

- 6) наличие зубов, связанных с актиномикотическими или туберкулезными очагами.

По протетическим и эстетическим показаниям при невозможности ортодонтического лечения удаляют зубы: резко выдвинутые для выравнивания окклюзионной поверхности, конвергирующие и дивергирующие, сверхкомплектные вне зубного ряда.

Противопоказания к удалению зубов могут быть общими и местными.

- Общими противопоказаниями являются:
- 1) заболевания крови (анемия, лейкомия, гемофилия, геморрагические диатезы);
 - 2) болезни сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, декомпенсированный порок сердца, гипертоническая болезнь, осложненная кризом, и др.);
 - 3) инфекционные заболевания;
 - 4) болезни нервной системы.

Удаление зуба противопоказано в острой стадии инсульта, при менингите и энцефалите, опухоли мозга в стадии декомпенсации, черепно-мозговой

травме, особенно при подозрении на гематому головного мозга, в период обострения психических заболеваний. Не следует удалять зубы во время менструаций. «Местными» противопоказаниями к удалению зубов являются язвенно-некротические процессы в полости рта, наличие злокачественных опухолей альвеолярного отростка челюстей. Не следует удалять зубы в то время, когда проводится лучевая терапия в зоне предполагаемого оперативного вмешательства.

МЕТОДИКА УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Удаление зуба — это оперативное вмешательство, направленное на его извлечение из лунки после предварительного разрыва мягких тканей, связывающих корень зуба с костной стенкой альвеолы.

Прежде чем приступить к операции удаления зуба, следует иметь четкое представление об анатомических условиях: толщине и податливости костных стенок лунки, направлении и величине корней, состоянии межкорневой перегородки. Стенки лунки более податливы при остром гнойном периодонтите и острой фазе одонтогенного остеомиелита челюсти.

Для удаления зубов используются специальные щипцы и элеваторы. В щипцах различают: щечки, предназначенные для захвата коронок зубов или корней; ручки (бранши), за которые держат щипцы; замок, соединяющий обе половины щипцов (рис. 1, а). В зависимости от группы зубов применяются соответствующие щипцы: для удаления верхних и нижних зубов, для удаления резцов и клыка, премоляров, моляров; для зубов обеих сторон или для определенной стороны (правые, левые). Элеваторы, так же как и щипцы для удаления зубов, состоят из рабочей части — щечки, соединительной части и ручки. Из элеваторов наиболее часто применяются прямой и изогнутый под углом (рис. 1, б). Штыковидный элеватор используется для удаления нижних третьих моляров.

При удалении зубов щипцы держат обычно в правой руке. Первый палец располагается в промежутке между ручками щипцов, ближе к замку; IV палец, которым перемещают щипцы, лежит между ручками. После наложения щипцов IV палец выводят из своего первоначального положения и щипцы охватывают всеми пальцами.

Принцип применения элеваторов при удалении всех зубов один и тот же. Щечку элеватора вводят между корнем и лункой таким образом, чтобы плоская или вогнутая сторона инструмента всегда была обращена в сторону удаляемого корня. Элеваторы, изогнутые под углом, применяются для удаления корней нижних моляров. Элеватор вводят в свободную лунку после удаления одного из корней. Поворотом инструмента удаляют межкорневую перегородку и второй корень зуба.

Удаление зуба состоит из ряда приемов: отслаивания десны, наложения, продвижения и смыкания щипцов, затем ротация или люксация зуба, извлечение из лунки. Операция завершается выскабливанием лунки и

сближением ее краев.

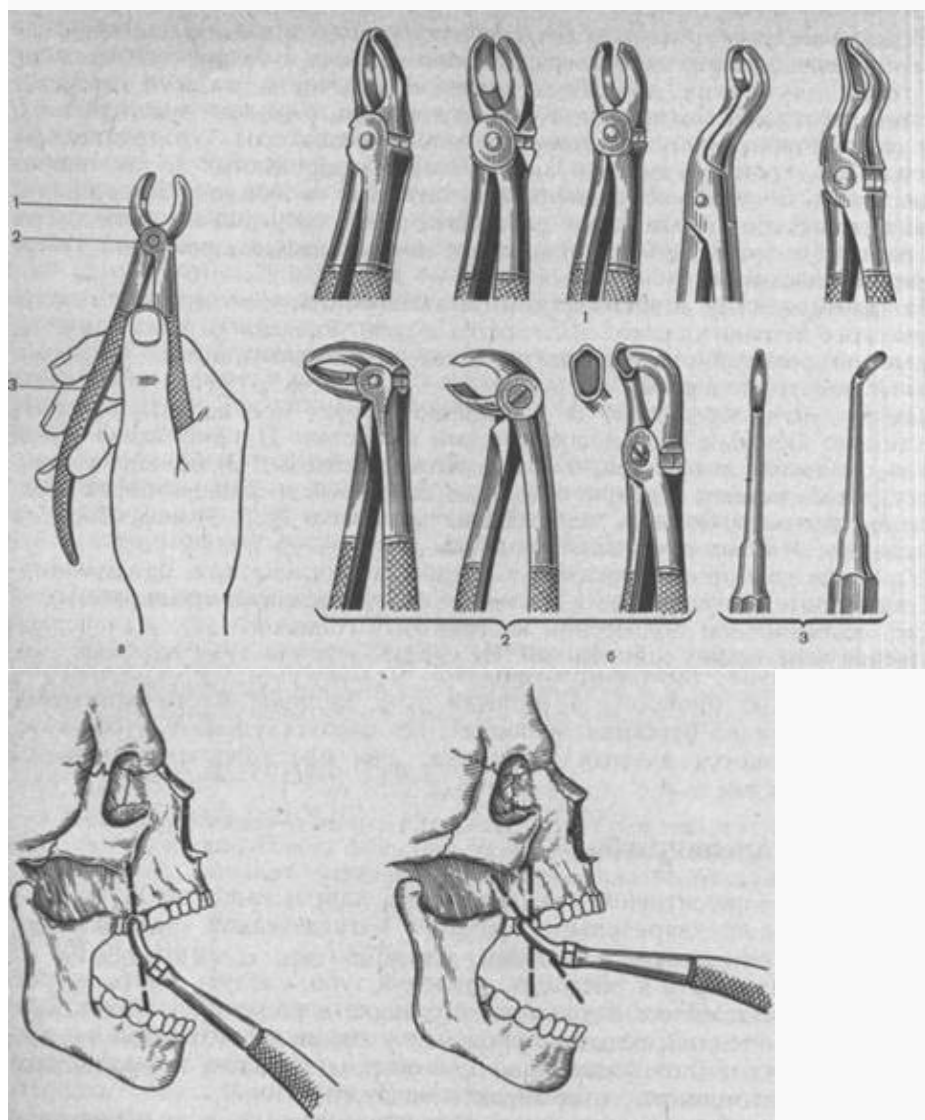


Рис. 1. Инструменты для удаления зубов.

а-щипцы (1-щечки; 2-замок; 3 - ручки); б - виды щипцов (1,2) и элеваторов (3); в - положение щипцов при удалении верхних моляров: слева - правильное, справа - неправильное.

Отслаивать десну удобнее всего гладилкой, применяемой для пломбирования зубов. При наложении щипцов внимание хирурга должно быть обращено на то, чтобы ось щечек щипцов совпадала с осью зуба (рис. 1, в). Несоблюдение этого условия приводит к отлому корня зуба во время его вывихивания. После правильного наложения щипцов их щечки продвигают по оси зуба под десну. Затем, увеличивая давление, проникают глубже — между корнем и краем альвеолы. Смыкание щипцов завершает предыдущие моменты операции. Сила сжатия щипцов не должна быть чрезмерной, особенно при наличии в коронке зуба большой кариозной полости. Вывихивание зуба осуществляется с помощью люксации или ротации. Цель этих приемов операции — преодоление сопротивления периодонта путем разрыва его связок. Ротационные

движения, поворот зуба на 30° возможны при конической форме корня. Во всех остальных случаях проводят люксацію — маятникообразные движения в сторону наименьшего сопротивления, где костная стенка альвеолы тоньше, а значит и более податлива.

Извлекают зуб из лунки после его вывихивания, т. е. полного освобождения от удерживающих тканей. Одной из нередко встречающихся ошибок у начинающих хирургов-стоматологов является чрезмерное усилие, применяемое ими при извлечении зуба. Это может привести к повреждению соседних зубов и окружающих мягких тканей, а также зубов противоположной челюсти.

Особенности удаления отдельных групп зубов. При удалении зубов на верхней челюсти спинку кресла откидывают кзади, кресло поднимают кверху, голову больного помещают на подголовнике. Удаляемый зуб должен находиться приблизительно на одном уровне с плечевым суставом врача. Врач становится спереди, и справа от больного и пальцами левой руки фиксирует альвеолярный отросток в месте удаляемого зуба (рис. 2). При удалении зубов на нижней челюсти кресло опускают как можно ниже, голова больного занимает почти вертикальное положение, подбородок приведен к груди. В ряде случаев больному приходится придавать полулежачее положение. Удаляемый зуб в этом случае должен находиться на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Для удаления левых нижних зубов врач становится справа и спереди по отношению к больному, голова больного должна быть повернута немного вправо; I палец левой руки врача находится на подбородке, II — на альвеолярном отростке.

При удалении правых нижних зубов врач становится справа позади больного, II пальцем левой руки отодвигает щеку, а I палец накладывает на альвеолярный отросток со стороны языка.

Центральные резцы и клыки верхней челюсти удаляют прямыми щипцами с помощью ротационных и люксационных движений. Первое движение при вывихивании клыков должно быть наружу. Боковые резцы также удаляют прямыми щипцами, но, поскольку их корни нередко изогнуты, вывихивание проводят люксационными движениями.

Малые коренные зубы верхней челюсти удаляют S-образными щипцами с несходящимися щечками. Вывихивание проводят преимущественно в вестибулярную сторону. Большие коренные зубы удаляют щипцами, имеющими S-образный изгиб и шиповидный выступ на щечке, накладываемой на вестибулярную сторону зуба.

Верхний третий моляр удаляют специальными штыковидными щипцами с несходящимися щечками.

Для удаления корней верхних зубов используют штыковидные щипцы. Корни однокорневых зубов удаляют с помощью тех же приемов, что и зубы. Способы удаления корней многокорневых зубов меняются в зависимости от того, сохранена или разрушена межкорневая спайка. При прочной межкорневой спайке моляров верхней челюсти используют S-образные щипцы с шиповидным выступом. При непрочной межкорневой спайке эти щипцы не

применяются. Каждый корень извлекается в отдельности. При плотных стенках альвеолы и значительном расхождении корней целесообразно боррами отделить небный корень от щечных. Затем небный корень извлекают с помощью вращательных движений, а щечные корни — путем люксации. Для удаления одиночных корней иногда используют прямые элеваторы. Зубы на нижней челюсти удаляют клювовидными щипцами. Вывихивание проводят в вестибулярную сторону. При удалении клыка и премоляров иногда приходится прибегать к неполным ротационным движениям. Большие коренные зубы удаляют клювовидными коронковыми щипцами. При сведении челюстей для удаления нижних третьих моляров применяют щипцы, изогнутые по плоскости.

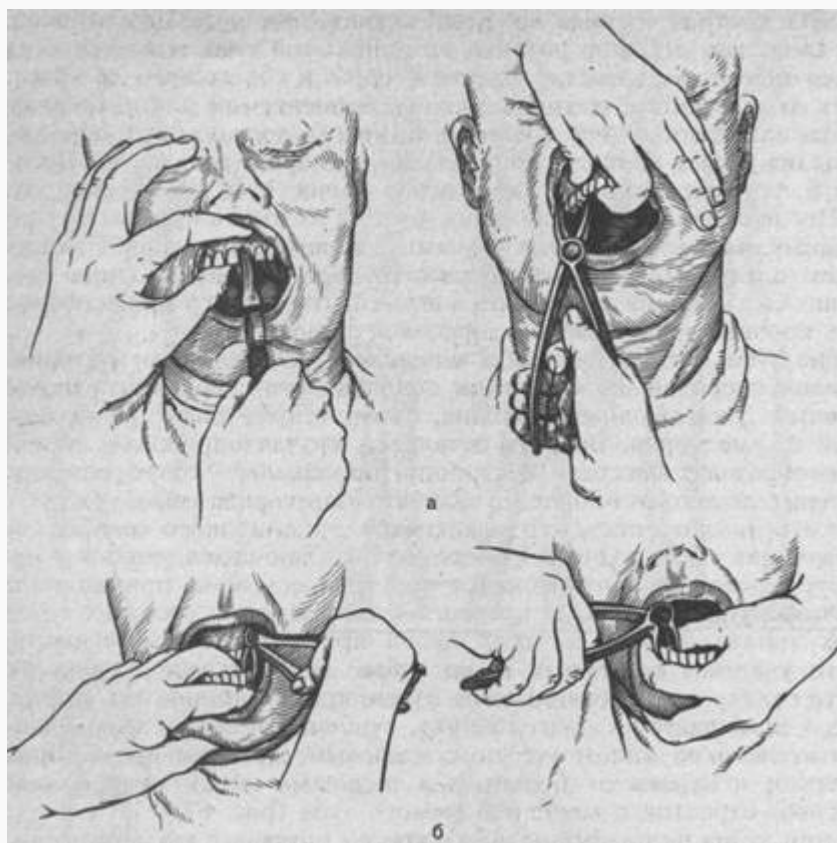


Рис. 2. Наложение щипцов при удалении зубов на верхней (а) и нижней (б) челюсти

Поскольку альвеолярный отросток в области наружной кривой линии утолщен за счет костного гребня, первое вывихивающее движение при удалении второго и третьего моляров производится в язычную сторону. При разрушении коронки вывихивание целесообразно проводить элеваторами, изогнутыми под углом. Для удаления третьего моляра применяют штыковидный элеватор Леклюзе. Заостренную щечку элеватора вдвигают между вторым моляром и межзубной перегородкой. Рычагообразными движениями увеличивающейся амплитуды производят вывихивание зуба. Элеватор Леклюзе применяют при наличии во рту больного неподвижных первого и второго моляров, так как легче вывихнуть одиночный второй моляр, чем третий, находящийся в толще нижней

челюсти. Поэтому при отсутствии полноценных первого и второго моляров для удаления элеватор Леклюзе не используют. Вестибулярную стенку альвеолы можно резецировать с помощью боров или торцевой фрезы, после чего удаление зуба значительно облегчается.

В таких случаях предварительно выкраивают слизисто-надкостничный лоскут (см,- ниже). Корни зубов на нижней челюсти удаляют клювовидными щипцами со сходящимися щечками. Нередко определенные трудности возникают при удалении корней нижних моляров, что обусловлено значительной толщиной стенок альвеолярного отростка, а также искривлением верхушки корня и гиперцементозом. При безуспешности вывихивания обоих корней приступают к формированию слизисто-надкостничного лоскута, что позволяет рассечь фиссурным бором межкорневую спайку. После этого поочередно корни извлекают щипцами. Не следует захватывать щипцами небольшой выступ корня, так как он обычно обламывается. Щечки щипцов должны обязательно захватывать две противоположные стенки корня. В многокорневых зубах вначале удаляют корень, на который удобнее наложить щипцы. Затем другой корень извлекают через лунку элеватором, изогнутым под углом.

УХОД ЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНОЙ

После удаления зуба щипцами или элеваторами необходимо убедиться в том, что в лунке не осталось осколков коронки, корней или альвеолы. Острой хирургической ложкой удаляют их, при гранулирующем и гранулематозном периодонтите выскабливают грануляционную ткань, фиброзную капсулу гранулемы. При нарушении целостности десны на края раны накладывают швы тонким кетгутом или полиамидной нитью.

После ревизии лунки производят репозицию ее стенок, сдавливая стерильными марлевыми салфетками или шариками ее края. Если после этого лунка не заполняется кровью, на ее устье кладут на 3 — 5 мин давящий марлевый шарик-тампон и больному предлагают закрыть рот. При появлении гноетечения из лунки назначают полоскание рта раствором калия перманганата (1: 5000) или 1—2% раствором натрия гидрокарбоната.

АТИПИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ И КОРНЕЙ

При невозможности удаления корней щипцами и элеваторами используется бормашина. К такому вмешательству нужно готовиться, как к амбулаторной операции. Больному придают горизонтальное или полулежачее положение. Атипичное удаление зубов проводит хирург совместно с ассистентом. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией формируют треугольный или прямоугольный (трапециевидный) лоскут, величина которого определяется протяженностью операционного поля. Узким

распатором или гладилкой отпрепаровывают слизисто-надкостничный лоскут, который оттягивают в сторону переходной складки. Лоскут отводят лигатурами-держалками или небольшим хирургическим крючком. Наиболее щадящим методом удаления наружной костной стенки альвеолы является выпиливание ее фиссурными борами или торцовой фрезой. После этого бором создают желобок между корнем и костью и извлекают зуб или корень щипцами, или элеватором.

Острые края альвеолы сглаживают кусачками или стоматологической фрезой, удаляют мелкие осколки и грануляции, накладывают узловатые швы. В ряде случаев, особенно при травматичном вмешательстве, в лунке целесообразно оставить полоску марли, пропитанной йодоформной эмульсией.

АЛЬВЕОЛЭКТОМИЯ

Альвеолярные возвышения нередко чрезмерно выражены в области клыков и верхних моляров. Они могут увеличиваться из-за люксации во время удаления зубов, а также при длительном отсутствии рядом расположенных зубов в связи с атрофией альвеолярного отростка.

Такие альвеолярные возвышения малоблезненны, обычно имеют гладкую, ровную поверхность, слизистая оболочка над ними не изменена. Несмотря на отсутствие жалоб, операцию удаления зуба целесообразно сочетать с альвеолэктомией — частичной резекцией альвеолярного отростка.

В тех случаях, когда после чрезмерно травматичной операции удаления зуба альвеолэктомия не была осуществлена, острые края альвеолы и межкорневые перегородки повреждают надкостницу, слизистую оболочку рта, вызывая сильные боли во время жевания и разговора. На слизистой оболочке образуются эрозии. Возникающая деформация гребня альвеолярного отростка, а также болезненность при жевании являются показанием к оперативному вмешательству в плане подготовки полости рта к зубному протезированию. В этих случаях производят альвеолэктомию по приведенному ниже способу.

Под местной анестезией производят линейный разрез по гребню альвеолярного отростка, от которого делают вертикальные разрезы с вестибулярной стороны до переходной складки по обе стороны от лунок удаленных зубов. В ряде случаев дополнительно рассекают слизистую оболочку с небной (язычной) стороны. Отслаивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут. Острые костные выступы, шипы удаляют кусачками, долотами, фрезой. Лоскут укладывают на место и фиксируют швами.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Удаление зуба может сопровождаться общими и местными осложнениями. К общим осложнениям относятся обморок, коллапс и др. Местные осложнения происходят во время операции и в послеоперационном периоде. Во время удаления зуба возникают перелом коронки или корня, травма соседнего зуба или зуба-антагониста, перелом нижней челюсти, отрыв бугра верхней челюсти, повреждение мягких тканей, кровотечение из лунки удаленного зуба, перфорация и проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху или полость носа. Указанные осложнения возникают чаще всего из-за неправильной техники удаления зуба, а некоторые из них являются грубыми ошибками. Послеоперационный период может сопровождаться ранней и поздней луночковой болью, осложниться остеомиелитом альвеолярного отростка, поражением альвеолярных нервов. Ранняя луночковая боль, обусловленная повреждением альвеолярных нервов, обычно возникает после прекращения действия анестетика. Внешний вид альвеолы и прилегающих тканей, а также интенсивность боли соответствуют характеру оперативного вмешательства. В ряде случаев ранняя луночковая боль является результатом значительного травмирования тканей лунки. Такое осложнение может произойти при несоответствии устья лунки сильно разветвленным корням. Поздняя луночковая боль (альвеолит) возникает через 24—48 ч после удаления зуба в результате чрезмерного повреждения тканей и их инфицирования, а также неправильного ухода за раной. При альвеолите кровяной сгусток отсутствует, стенки и дно лунки покрыты серой массой, состоящей из фибрина, белых и красных кровяных телец в состоянии распада, микробов и продуктов их распада, а также остатков разлагающейся пищи. Прилегающие к лунке ткани, регионарные лимфатические узлы болезненны при пальпации.

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

1. При переломе коронки или корня зуба удаление заканчивают с помощью элеваторов, бормашины.
2. Лечебные мероприятия при травме соседнего и противостоящего зубов определяются степенью их повреждения (отлом части коронки, вывих зуба). При повреждении пульпы прибегают к девитализации травмированного зуба с последующим пломбированием. При вывихе зуба проводится его реплантация.
3. Перелом нижней челюсти лечат в соответствии с локализацией и степенью повреждения в условиях стационара.
4. При отрыве бугра верхней челюсти свободно лежащие отломки кости удаляют, а рану зашивают наглухо.
5. При повреждении десны, губ, щек и языка на края раны накладывают

швы.

6. Кровотечение из альвеолы, возникшее непосредственно после извлечения зуба, останавливают различными способами. Тактика врача при этом осложнении определяется интенсивностью и локализацией кровотечения. При кровотечении из десны накладывают швы, давящие марлевые шарики, тампоны, пропитанные 3% раствором перекиси водорода, производят диатермокоагуляцию. В случае кровотечения со дна и стенки лунки в нее вводят турунды, пропитанные 3% раствором перекиси водорода, гемофобина, гемостатическую губку, затем накладывают давящий марлевый шарик. При безуспешности этих мероприятий лунку туго тампонируют йодоформным тампоном, затем накладывают марлевый шарик, оказывающий давление при сомкнутых челюстях. Назначают внутрь и внутривенно 10% раствор кальция хлорида, раствор гемофобина (внутрь). При длительных и упорных кровотечениях следует исследовать свертывающую систему крови и проконсультировать больного у врача-гематолога. Таких больных целесообразно госпитализировать в стационар.

7. При ранней луночковой боли назначают анальгетики; иногда прибегают к новокаиновым блокадам, местной гипотермии, флюктуоризации — применению с лечебной целью синусоидального переменного тока с помощью аппарата АСБ-2.

8. При альвеолите промывают лунку антисептическими растворами (перекись водорода, фурацилин, калия перманганат). После обезболивания из лунки малой хирургической ложкой осторожно удаляют распавшиеся массы кровяного сгустка, а также ранее не удаленные инородные тела. После промывания альвеолы растворами антисептиков, протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин) в нее вводят йодоформный тампон, дополнительно смоченный анестезиновой эмульсией. Хороший эффект достигается при орошении альвеолы 50% раствором димексида в сочетании с оксациллином при одновременной аппликации этими же растворами переходной складки. После этого альвеолу заполняют марлевой турундой, пропитанной 40 % линиментом димексида. Назначаются анальгетики, физиотерапия (электрическое поле УВЧ, флюктуоризация).

9. В случае перфорации верхнечелюстной пазухи при отсутствии воспалительного процесса в ней принимают меры к заживлению лунки. Нецелесообразно проводить зондирование пазухи, а также тампонаду альвеолы, поскольку тампон препятствует образованию кровяного сгустка. Наиболее благоприятные результаты отмечены при раннем устранении перфорационного отверстия лоскутом слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта. В случаях проталкивания корня в верхнечелюстную пазуху после уточнения локализации корня с помощью рентгенографии производят гайморотомию со стороны собачьей ямки. После извлечения корня проводят ревизию пазухи, затем ее промывают антисептическими растворами (фурацилин, калия перманганат) и накладывают швы. При наличии в пазухе признаков патологического процесса дополнительно формируют соустье с нижним носовым ходом. Операция на

верхнечелюстной пазухе при проталкивании корня проводится в ближайшие 1—2 ч в поликлинике при наличии там операционной и квалифицированных стоматологов-хирургов, владеющих техникой операции. Затем такого больного следует госпитализировать в стационар для проведения противовоспалительной терапии. Такая тактика позволяет предотвратить инфицирование пазухи инородным телом, возникновение одонтогенного гайморита, а также значительно сократить продолжительность временной нетрудоспособности больного. В тех случаях, когда в поликлинике нет условий для проведения гайморотомии, больного направляют на стационарное лечение.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся консервативному лечению: а) непроходимых, искривленных корневых каналов; б) осложнениях в результате эндодонтической терапии (боковая перфорация корня, поломка в канале корневых игл и пульпэкстракторов, чрезмерное выведение пломбировочного материала в завершущую область); наличии в отдаленные сроки после лечения зуба, в том числе пломбирования корневого канала, свищевого хода, неполноценной регенерации костной ткани в области периапикального очага.

РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА

Резекцию верхушки корня зуба не проводят, если в резорбцию костной ткани вовлечено более половины корня, при наличии глубоких костных карманов. Резекции верхушки корня предшествует механическая и антисептическая обработка проходимой части корневых каналов с последующим заполнением их твердеющим пломбировочным материалом (не менее чем до места отсечения корня).

Пломбирование каналов может производиться предварительно, а также в день операции.

Операцию производят под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией. При показаниях назначается седативная подготовка. Делают линейный или овальный разрез длиной 1,5 — 2 см через слизистую оболочку и надкостницу. Основание лоскута должно быть обращено к переходной складке, что обеспечивает большую его жизнеспособность. Вершина разреза должна находиться на уровне середины корня. Лоскут выкроенный таким образом, перекрывает образованный дефект кости. При необходимости ревизии альвеолярного отростка или одновременного удаления зубов целесообразнее выкраивать трапециевидный лоскут. Слизисто-надкостничный лоскут от-препарировывают узким распатором. Лоскут

прошивают лигатурами-держалками. Трепанацию и удаление костной стенки альвеолы производят борами. Верхушку корня резецируют перпендикулярно фиссурным бором. Вместе с верхушкой корня извлекают гранулему. Полость выскабливают острыми костными ложками и удаляют оставшуюся часть гранулемы. В случаях неполного obturирования корневого канала пломбирочным материалом производят ретроградное его заполнение, желательно серебряной амальгамой, после чего полость промывают раствором антисептика. Образовавшиеся при трепанации кости опилки являются стимуляторами костеобразования, поэтому их не удаляют. В костную полость вводят гемостатическую губку. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловатыми швами (рис. 3). На верхнюю губу или подбородок накладывают давящую повязку, назначают холод (резиновый пузырь со льдом). Эти мероприятия предупреждают образование гематомы.

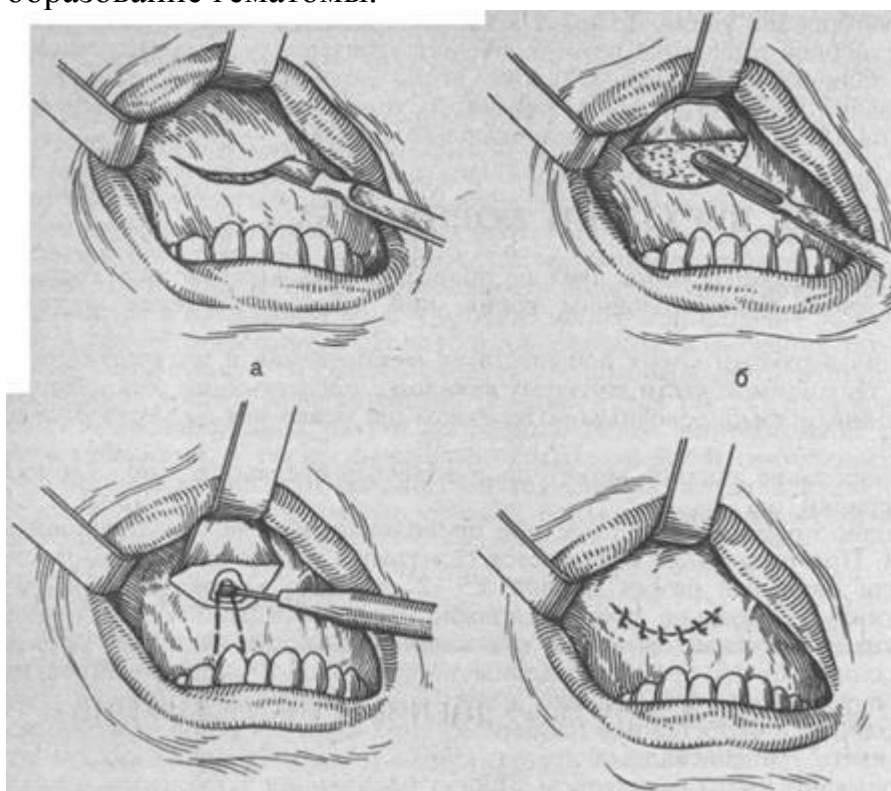


Рис. 3. Резекция верхушки корня клыка (схема).

а — дугообразный разрез; б - трепанация наружной стенки лунки желобоватым долотом; в - отсечение верхушки корня фиссурным бором; г - слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют его узловатыми швами.

При резекции верхушки корня может возникнуть ряд осложнений: повреждение альвеолярных нервов и кровеносных сосудов, перфорация верхнечелюстной пазухи и полости носа. Для предупреждения этих осложнений при неблагоприятных анатомо-топографических условиях (близкое расположение верхних зубов ко дну верхнечелюстной пазухи) следует производить более широкие разрезы, а также осторожнее обращаться с тканями. При возникших парестезиях, связанных с травмой нервов, назначают физиотерапию (электрическое поле УВЧ, лекарственный электрофорез 5—10% раствором йодида калия), витамин В1, дибазол. При

перфорации невоспаленной верхнечелюстной пазухи и полости носа операцию завершают, как обычно, ушиванием раны. При выделении гноя из перфорационного отверстия, а также при проталкивании резецированной верхушки корня зуба в пазуху показана гайморотомия.

ГЕМИСЕКЦИЯ И АМПУТАЦИЯ КОРНЯ

Одним из методов хирургического лечения зубов, пораженных хроническим периодонитом, являются гемисекция и ампутация корней. При гемисекции удаляют корень вместе с прилежащей к нему корневой частью зуба. Ампутация корня предполагает удаление лишь корневой части зуба до места его отхождения, т. е. бифуркации (рис. 4), сохранившаяся часть зуба впоследствии используется для фиксации мостовидного протеза.

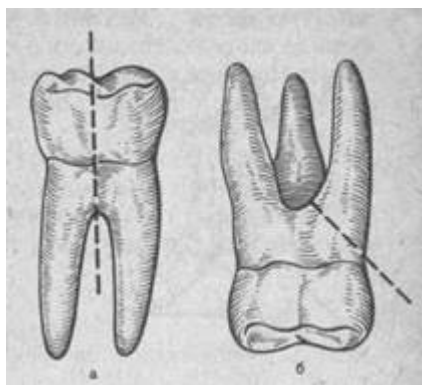


Рис. 4. Гемисекция (а) и ампутация (б) корня (схема).

Показания к гемисекции и ампутации корней зубов значительно шире, чем к резекции верхушек корней. Эти операции следует производить при наличии глубоких внутрикостных карманов в области одного из корней моляра нижней челюсти, одного из двух щечных корней или небного корня моляра верхней челюсти, при резорбции костного вещества межкорневой перегородки, перфорации в области бифуркации корней. Гемисекция и ампутация корней не проводятся при значительной резорбции костной ткани у всех корней; наличии сросшихся корней, не поддающихся разъединению; наличии непроходимых каналов в корнях, подлежащих сохранению. Гемисекцию проводят после эндодонтической терапии и пломбирования коронки зуба. С помощью фиссурного алмазного бора, алмазного диска, используемого для сепарации зубов в ортопедической стоматологии, и турбинной бормашины рассекают коронку зуба на две половины. Корень удаляют щипцами или элеватором. Межкорневую перегородку, а также костную ткань, окружающую оставшийся сегмент зуба, следует сохранить. Ампутацию корня проводят после отслойки слизисто-надкостничного лоскута со щечной или небной поверхности и иссечения соответствующей костной стенки альвеолы. Корень рассекают алмазным фиссурным бором и удаляют элеватором или зубными щипцами. Острые костные края альвеолы

удаляют костными кусачками, зуботехнической фрезой. Затем, после антисептической обработки костной раны, слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют швами из полиамидной нити или кетгута.

ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАТРУДНЕННОМ ПРОРЕЗЫВАНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА

Целевая установка. Изучить клиническую картину и лечение нарушений прорезывания зубов, в том числе третьего моляра нижней челюсти. Ознакомиться и овладеть методикой удаления ретинированных и не полностью прорезавшихся зубов.

Затрудненное прорезывание третьих моляров нижней челюсти. Основной причиной затрудненного прорезывания третьих моляров нижней челюсти является недостаток места в нижней челюсти. В результате неблагоприятных анатомотопографических условий возникают воспалительные процессы в тканях, окружающих третий моляр (перикоронарит, ретромолярный периостит, околочелюстные абсцессы и флегмоны).

Слизистая оболочка, покрывающая коронку не полностью прорезавшегося третьего моляра нижней челюсти, травмируется зубами верхней челюсти, воспаляется; кроме того, в образовавшийся карман между жевательной поверхностью третьего моляра и «капюшоном» воспаленной слизистой оболочки проникают патогенные микробы, продукты их распада, частицы пищи, в результате чего развивается острый перикоронарит. Слизистая оболочка в области этого зуба отечна и гиперемирована, травмируемые участки ее изъязвлены. Из-под нависающего «капюшона» выделяется гной. Нередко воспалительный процесс распространяется на область жевательной и внутренней крыловидной мышцы, появляются боль при глотании, сведение челюстей. Возникает ретромолярный периостит, сопровождающийся поднижнечелюстным лимфаденитом. При ретромолярном периостите температура тела повышается до 37,5 — 38 °С. В результате затрудненного прорезывания нижних третьих моляров возникают и более значительные осложнения: абсцесс, флегмона, остеомиелит нижней челюсти.

Продолжительное существование воспалительного очага и разрастание грануляционной ткани в окружности шейки зуба вызывают резорбцию прилежащих участков кости. При значительной резорбции костной ткани возможно образование парадентальной кисты.

Удаление третьего моляра нижней челюсти производят по следующим показаниям: а) неоднократное рецидивирование воспалительного процесса мягких тканей (перикоронарит, ретромолярный периостит); б) наличие патологических изменений в прилежащей костной ткани; в) невозможность прорезывания зуба вследствие отсутствия места в альвеолярном отростке челюсти; г) неправильное расположение зуба, вызывающее хроническую травму слизистой оболочки щеки.

Когда третий моляр нижней челюсти занимает правильное положение и имеется достаточно места между вторым моляром и передним краем ветви челюсти, иссекают слизистую оболочку «капюшона» над коронкой не полностью прорезавшегося зуба. Раневую поверхность целесообразно коагулировать аппаратом хирургической диатермии. Рассечение «капюшона» следует рассматривать как паллиативное мероприятие, которое допустимо лишь в остром периоде, при резко выраженном сведении челюстей. Проводится также противовоспалительная (лекарственная и физическая) и общеукрепляющая терапия. По показаниям изготавливают из пластмассы разобщающие каппы. После стихания острых явлений осуществляют радикальное лечение (удаление зуба или полное иссечение «капюшона»). Как показывает опыт ряда клиник, при современных методах обезболивания удаление зуба может быть успешно проведено и в остром периоде. Непрорезавшиеся или аномально расположенные нижние третьи моляры удаляют.

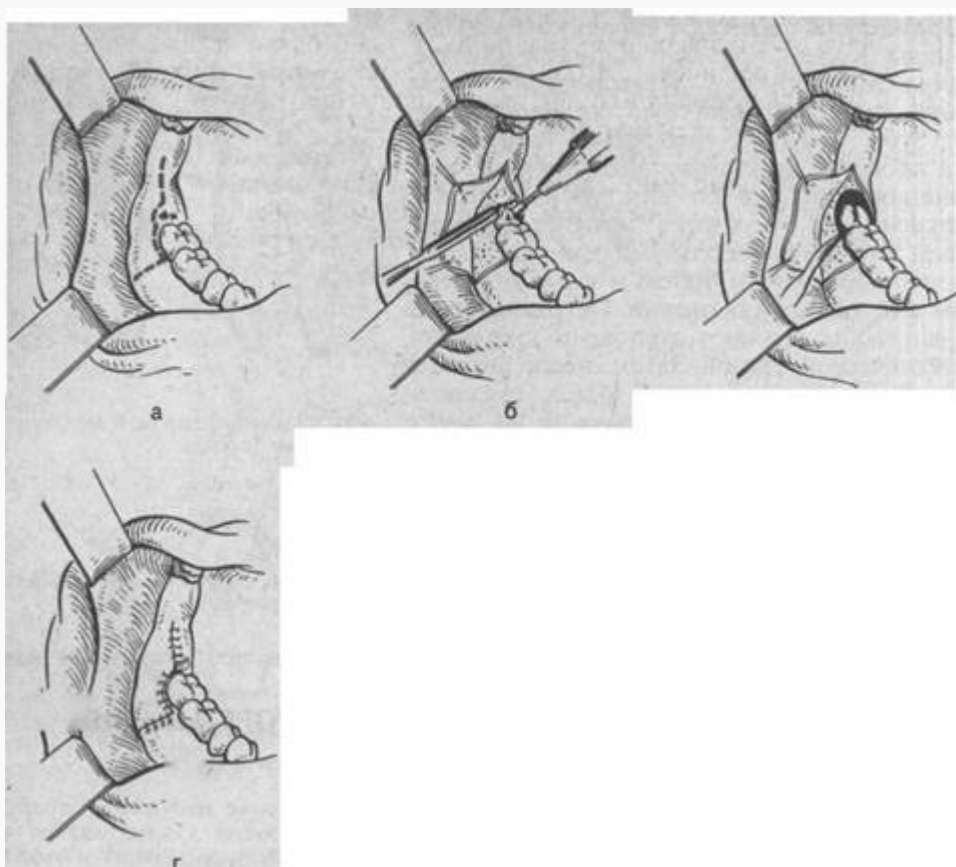


Рис. 5. Удаление полупрорезавшегося третьего моляра нижней челюсти.
а — углообразный разрез для образования слизисто-надкостничного лоскута; б — слизисто- надкостничный лоскут отделен и оттянут держалками и тупыми крючками, фиссурным бором обнажены коронка и корни зуба; в — штыкообразным элеватором удален зуб; г — слизисто-надкостничный лоскут уложен на место и фиксирован швами.

надкостничный лоскут отделен и оттянут держалками и тупыми крючками, фиссурным бором обнажены коронка и корни зуба; в — штыкообразным

элеватором удален зуб; г — слизисто-надкостничный лоскут уложен на место и фиксирован швами.

Ретинированные или не полностью прорезавшиеся зубы удаляют по следующим показаниям: а) симптоматическая невралгия или неврит при сдавливании разветвлений тройничного нерва; б) часто повторяющийся воспалительный процесс в тканях, окружающих зуб; в) наличие патологического «костного кармана».

Рентгенография челюстей в двух проекциях позволяет установить не только наличие ретинированного зуба, но и его взаимоотношения с соседними зубами, с полостью носа, верхнечелюстной пазухой и нижнечелюстным каналом. В ряде случаев производят депульпирование соседнего зуба, корень которого может быть обнажен при операции.

Оперативный подход со стороны неба не требует такой подготовки. Особые трудности возникают при удалении не полностью прорезавшегося нижнего третьего моляра. Операция удаления ретинированного и не полностью прорезавшегося зуба мало отличается от техники атипичного удаления зуба. (рис. 5)